Objectifs :

– Diagnostiquer les tumeurs du foie primitives et secondaires.

TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES

A/ Carcinome hépatocellulaire (CHC)

1. Généralités

a) Épidémiologie

– C'est de loin la tumeur primitive du foie la plus fréquente.
– Sex-ratio : H/F = 5/1.
– Elle survient le plus souvent sur un foie cirrhotique (90 % des cas), exceptionnellement sur foie sain.
– Il est très fréquent dans les zones de forte endémie du VHB : Afrique, Chine, Asie du Sud-Est.
– L'incidence du CHC sur cirrhose est de l'ordre de 1 à 4 % par an.

b) Anatomopathologie

– Tumeurs développées à partir des hépatocytes, hypervascularisées par l'artère hépatique.
– Il peut exister une ou plusieurs tumeurs, la dissémination se faisant par voie portale.
– Dans la grande majorité des cas, le tissu extra-tumoral est le siège d'une cirrhose.
– Le CHC peut métastaser aux poumons, aux surrénales, au péritoine, aux os.

c) Étiologies

– La cirrhose posthépatique B se complique de CHC dans 15 à 20 % des cas.
– La cirrhose posthépatique C se complique de CHC dans 20 à 40 % des cas.
– La cirrhose alcoolique dans 10 à 20 % des cas.
– L'hémochromatose dans 10 à 20 % des cas.
– Les cirrhoses biliaires, auto-immunes, Wilsóniennes se compliquent peu de CHC.

2. Diagnostic

a) Clinique

– Signes généraux : asthénie, amaigrissement.
– Signes hépatiques : hépatomégalie, douleur de l'hypocondre droit, ictère, signes d'hypertension portale.
– Chez un malade avec une cirrhose, le diagnostic de CHC est souvent réalisé à l'occasion d'une décompensation de la cirrhose : ictère, ascite, hémorragie digestive.

b) Examens complémentaires diagnostiques

– Biologiques :
* Le bilan hépatocellulaire peut être normal ou montrer une augmentation des PAL et des γGT.
* Le facteur V est souvent élevé, contrastant avec la diminution du TP.

* Il existe souvent un syndrome inflammatoire (augmentation de la VS, hyper x 2 globulinémie), un syndrome paranéoplasique avec polyglobulie, hypoglycémie, hypercalcémie, hypercholestérolémie.
* Dosage de l'alpha-foeto-protéine :
  - ✓ Un taux supérieur à 500 mg/ml chez un sujet cirrhotique permet de faire le diagnostic de CHC avec une spécificité de 100 %.
  - ✓ Mais, un CHC sur deux seulement s'accompagne d'un taux élevé d'AFP.
  - ✓ L'augmentation de l'AFP dépend en partie de la taille de la tumeur : lorsque la tumeur est de petite taille, l'AFP est augmentée dans 25 % des cas, en cas de grande tumeur, elle est élevée dans 90 % des cas.

– Morphologiques :
* Échographie abdominale :
  - ✓ C'est l'examen de première intention.
  - ✓ Nodule unique ou multiple, le plus souvent hypoéchogene et homogène, elle recherche un envahissement des branches portales et/ou des veines sus-hépatiques.
  - ✓ Les formes infiltrantes difficiles à distinguer de la cirrhose représentent environ 10 à 20 % des cas.
* Scanner ou IRM :
  - ✓ En cas de doute sur l'échographie. Le scanner doit être réalisé avant et après injection de produit de contraste. Le plus souvent, les lésions sont hypodenses, avec rehaussement post injection. Des calcifications sont retrouvées dans environ 20 % des cas. Il permet de déterminer l'existence d'une obstruction portale.
  - ✓ Sur l'IRM, l'aspect le plus habituel est hypo-intense en T1, hyperintense en T2.
* Angiographie :

Lorsque le diagnostic est difficile avec les autres méthodes.

– Biopsie :
* Une biopsie dirigée sous échographie permet d'obtenir le diagnostic de certitude (en l'absence de troubles de l'hémostase), mais le principal risque est la dissémination tumorale sur le trajet de ponction et son intérêt doit être discuté lors d'une réunion médico-chirurgicale afin de juger de son utilité et du meilleur moyen de la réaliser.
* La biopsie en foie non tumoral permet d'affirmer le diagnostic de cirrhose sous-jacente.

– Bilan d'extension :
* Scanner abdominal ou échographie : nombre de tumeurs, adénopathies cœliaques, thrombose portale, dysmorphie hépatique.
* Radio de thorax
* En cas de signes d'appel : scintigraphie osseuse, scanner cérébral.

– Bilan d'opérabilité :
* ECG, gaz du sang, échographie cardiaque.
* Gravité de la cirrhose : score de Child Pugh, FOGD pour rechercher des signes d'HTP.

3. Traitement

a) Chirurgie

– Transplantation.
– Hépatectomie réglée ou atypique.

b) Traitements locaux

– Chimioembolisation :
  - ✓ Elle consiste en l'injection dans le territoire artériel de la tumeur de lipiodol ultrafluide contenant de l'adriamycine ou du cisplatine, suivie d'une embolisation de ce même territoire artériel.

- ✓ Elle est contre-indiquée en cas d'extension tumorale à la veine porte ou à une branche principale de la veine porte (risque de nécrose hépatique massive) et si la bilirubine totale est supérieure à 50 µmol/l
- ✓ Alcoolisation :

  C'est l'injection d'éthanol à l'intérieur de la tumeur.

– Radiofréquence.

c) Radiothérapie, chimiothérapie, tamoxifène

– Sont généralement inefficaces.

4. Prévention du CHC

a) Prévention primaire

– Lutte contre l'alcoolisme, vaccination VHB.

b) Prévention secondaire

– Surveillance des cirrhotiques par un dosage de l'AFP et une échographie abdominale tous les 4 à 6 mois.

B/ Carcinome fibrolamellaire

- Tumeur rare, survenant souvent avant 50 ans (90 % ces cas avant 25 ans), prédominance féminine, atteinte préférentielle du foie gauche.
- L'AFP est le plus souvent normale. C'est une tumeur hypervascularisée de composante graisseuse et d'évolution lente qui survient sur un foie normal.
- Il peut exister des calcifications.
- À l'examen, la tumeur est souvent volumineuse, contrastant avec un état général conservé.

C/ Hépatoblastome

Touche l'enfant de moins de 3 ans.

D/ Cholangiocarcinomes

- Tumeur maligne développée à partir des cellules épithéliales des voies biliaires intrahépatiques.
- Il représente environ 10 % des cancers primitifs du foie.
- Il peut compliquer une Cholangite sclérosante primitive, une maladie de Caroli,...
- L'antigène carcino-embryonnaire est augmenté dans 70 % des cas.
- Le diagnostic de certitude repose sur l'analyse histologique.

E/ Hémangio-endothéliome épithélioïde

- C'est une tumeur maligne d'évolution lente développée à partir des cellules endothéliales des vaisseaux du sang, avec des calcifications dans 30 % des cas.
- Les autres localisations sont cutanées et pulmonaires.

F/ Angiosarcome primitif

- Tumeurs mésenchymateuses malignes.
- Il est induit par des inhalations répétées de chlorure de vinyle.

TUMEURS MALIGNES SECONDAIRES DU FOIE

1. Généralités

- Les métastases hépatiques sont les plus fréquentes des tumeurs du foie. Elles compliquent les cancers drainés par la circulation splanchnique (côlon, pancréas, estomac) mais peuvent se voir dans la quasi-totalité des cancers généralisés.
- Elles peuvent être découvertes dans le même temps que la tumeur primitive (métastases synchrones) ou dans le cadre de la surveillance (métastases métachrones).
- Dans environ 10 % des cas, la tumeur primitive n'est pas connue, et la biopsie échoguidée est alors utile.

2. Modes de découverte

- Bilan d'extension d'un cancer.
- Surveillance après exérèse chirurgicale d'un cancer.
- Métastases symptomatiques : AEG, douleur de l'hypocondre droit, hépatomégalie irrégulière, ictère, ascite. L'insuffisance hépatocellulaire et l'hypertension portale sont rares et témoignent d'une tumeur très étendue.

3. Examens complémentaires

- Biologiques

  – Le bilan hépatique est souvent perturbé avec une choléstase anictérique (augmentation PAL et CGT sans augmentation de la bilirubine).

  – L'ACE est augmentée dans 80 % des cas.
- L'échographie ou le scanner mettent en évidence un ou plusieurs nodules hépatiques.

4. Traitement

a) Chirurgie

– La résection est le seul traitement à visée curative, elle n'est possible que dans un nombre limité de cas, en fonction de la localisation primitive.

– En cas de métastases localisées uniquement au foie du cancer du côlon, la résection doit être réalisée quand elle est techniquement possible.

b) Chimiothérapie

– **Préopératoire :** le but est de rendre résécable des tumeurs qui ne le sont pas initialement.

– **Postopératoire :** si facteurs de mauvais pronostic (ganglions du pédicule hépatique +).

– **Palliatif :** tumeurs non résécables, carcinose.

c) Traitements locaux

Radiofréquence,...

TUMEURS BÉNIGNES DU FOIE « SOLIDES »

A/ Hémangiome

1. Généralités

- Tumeurs avec des cavités vasculaires bordées par des cellules endothéliales, dont la taille varie de quelques millimètres à plusieurs centimètres (hémangiome géant).
- Ils peuvent être uniques ou multiples.

2. Épidémiologie

Ils sont rares, avec une nette prédominance féminine.

3. Diagnostic

- Le plus souvent, la découverte est fortuite, car ils sont asymptomatiques.
- Le bilan hépatique et l'AFP sont normaux.
- L'échographie montre une zone hyperéchogène bien limitée.
- Le scanner montre une zone hypodense qui s'opacifie après injection de produit de contraste de la périphérie vers le centre.

4. Complications

- Elles sont rares :
  – Rupture spontanée ou après traumatisme avec hémopéritoine.
  – Coagulation dans l'hémangiome pouvant être responsable d'une thrombopénie et fibropénie (syndrome de Kasabach-Merrit).
  – Thrombose dans l'hémangiome.
  – Gène mécanique.

5. Traitement

Abstention thérapeutique.

B/ Adénome du foie

1. Histologie

Tumeur faite d'hépatocytes de taille variable, sans espace porte.

2. Épidémiologie

- Tumeur rare (0,005 %) touchant principalement la femme entre 15 et 40 ans. Sa fréquence est augmentée par la prise de contraceptifs oraux fortement dosés en œstrogènes.

3. Diagnostic

- Le plus souvent asymptomatique.
- Rarement : douleur de l'hypocondre droit, hépatomégalie.
- Le bilan hépatique et l'AFP sont normaux.
- À l'échographie, c'est une tumeur unique, arrondie, bien limitée, plus ou moins hétérogène.

- Au scanner : zone hypodense ou isodense, après injection de produit de contraste l'opacification est précoce mais souvent hétérogène.

4. Traitement

- Arrêt des contraceptifs oraux.
- Le risque de dégénérescence est faible en cas d'adénomes secondaires à la prise de contraceptifs oraux.
- La distinction avec un CHC peut être difficile.
- Le traitement consiste en l'exérèse chirurgicale systématique en raison du risque de dégénérescence et de rupture hémorragique.

C/ Hyperplasie nodulaire focale

1. Histologie

- Tumeur polylobée, d'un diamètre variable contenant des nodules pseudo-cirrhotiques avec travées fibreuses.

2. Épidémiologie

- Tumeur rare (0,05 %).
- Elle touche principalement la femme entre 15 et 40 ans.
- La prise de contraceptifs oraux ne semble pas favoriser son développement.

3. Diagnostic

- Le plus souvent asymptomatique.
- Le bilan hépatique est le plus souvent normal; il peut exister une augmentation des GGT.
- L'AFP est normale.
- À l'échographie, c'est une formation généralement isoéchogène avec un signal artériel au centre de la tumeur.
- Au scanner, elle apparaît comme une tumeur isodense avec opacification précoce après injection de produit de contraste.

4. Traitement

- Abstention thérapeutique.
- L'utilisation des contraceptifs oraux minidosés n'est pas une contre-indication.
- Exérèse exceptionnellement devant les HNF symptomatiques (torsion).